Ueber einen Fall

von

Krebs des weichen Gaumens.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

unter dem Präsidium

des Herrn Professor

D^R. BOLLINGER

der

medicinischen Facultät zu München

vorgelegt

von

Otto Hasselwander,

prakt. Arzt aus Regensburg.

München, 1882.

Königl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Ueber einen Fall

von

Krebs des weichen Gaumens.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

unter dem Präsidium

des Herrn Professor

Dr. BOLLINGER

der

medicinischen Facultät zu München

vorgelegt

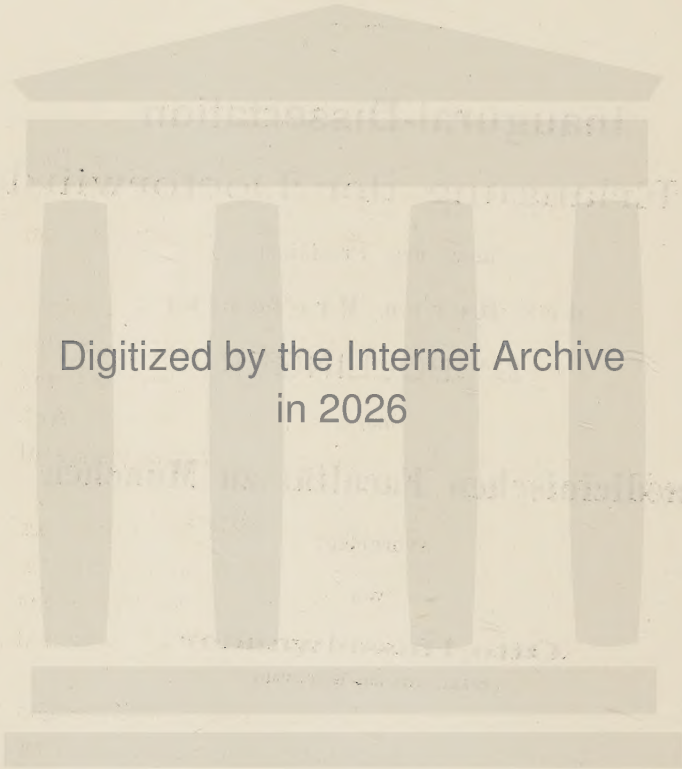
von

Otto Hasselwander,

prakt. Arzt aus Regensburg.

München, 1882.

Königl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554609_0160

„Es ist selten, dass man die Entwicklung eines Carcinom's im Raume des Pharynx primär beobachtet; meist ist dasselbe von anderen Theilen, von der Zungenbasis, der Tonsille, der Parotis etc. dahin verbreitet."

So äussert sich König in der „Deutschen Chirurgie" über das Vorkommen von Krebs im Rachenraume, und ähnlich finden wir in den meisten Werken über Chirurgie und pathologische Anatomie das äusserst seltene primäre Auftreten von carcinomatösen Neubildungen an der Schleimhaut des weichen Gaumens betont.

„Sehr selten entwickelt sich Epithelkrebs primär an der Schleimhaut des weichen Gaumens" heisst es bei Birch-Hirschfeld und Förster sagt in seiner pathologischen Anatomie: „Carcinom kommt primär in der Schleimhaut des weichen Gaumens nur sehr selten vor."

Es ist nicht immer leicht, bei der Diagnose einer Geschwulst am weichen Gaumen den Ausgangspunkt derselben zu bestimmen, vielmehr können sich dem, sowie der Diagnose überhaupt, beträchtliche Schwierigkeiten entgegen stellen. Denn meist gelangen derartige Fälle nicht gleich in der ersten Zeit zur Beobachtung, sondern erst, wenn die krebsige Entartung bereits weiter um sich gegriffen hat, so dass es dann schwer oder unmöglich wird, den Punkt mit Sicherheit festzustellen, von dem die Geschwulst ihren Ausgang nahm.

Es können aber auch die Anfänge der Neubildung an der pharyngealen Fläche des Velum palatinum sich entwickeln und so der Beobachtung ganz entgehen, bis das Geschwür gegen die Mundhöhle hin durchbricht. (Hueter.)

Köhler erwähnt in seinem Werke über die „Krebskrankheiten" einen von ihm selbst beoachteten Fall von Carcinom des weichen Gaumens, bei welchem er aus dem oben angeführten Grunde den Ausgangspunkt des Uebels nicht mit Sicherheit feststellen konnte. Er bekam das Anfangs für syphilitisch gehaltene Geschwüre erst zur Behandlung, als es schon einen Theil des Zäpfchens und der Scheidewand zwichen Mund- und Nasenhöhle zerstört hatte.

Ausser diesem, von ihm selbst beoachteten Fall, finden sich bei Köhler noch ein paar weitere Fälle von Krebs des weichen Gaumes erwähnt, von denen den einen Durand-Fardel beobachtet, den anderen Mejer-Hoffmeister in der „Schweizerischen Zeitschrift für Natur- und Heilkunde" beschrieben hat. Hieran schliesst sich ein von Bennet in dessen Abhandlung „On cancerous and cancrois growth's" erwähnter Fall.

Im Jahresbericht von Virchow-Hirsch (1870. B. II. pag. 365) finden sich ebenfalls zwei Fälle von Carcinoma veli palatini angeführt. In dem einen wurde von Professor von Langenbeck an einem 61 jährigen Manne die Exstirpation der Geschwulst erfolgreich ausgeführt. Die Beschreibung des anderes Falles, der auf der chirurg. Klinik in Göttingen beobachtet wurde, werde ich auszugsweise nach der von Wilken darüber veröffentlichten Dissertation weiter unten folgen lassen.*)

Im Ganzen gehören also die Fälle, in denen Carcinom des Gaumens diagnosticirt und dessen Entwicklung in der

*) Der Fall von Foulis (Jahresbericht von Virchow-Hirsch 1878. II. 404) darf hier wohl übergangen werden, da bei demselben die histologische Natur der Geschwulst vollständig unerwähnt bleibt.

Schleimhaut des weichen Gaumens primär beobachtet wurde, gewiss zu den seltenen.

Im Nachfolgenden werde ich nach gedrängter Wiedergabe der Wilken'schen Beobachtungen einen solchen Fall von primärem Krebs des weichen Gaumens, wie er auf der chirurgischen Klinik des Herrn Professor von Nussbaum zu München zur Beobachtung und im pathologischen Institut durch Herrn Professor Dr. Bollinger zur Sektion kam, beschreiben.

In dem von Wilken beschriebenen Falle handelt es sich um einen 51 Jahre alten Mann von blassem, leidenden Aussehen, der gleichwohl angab, mit wenig Ausnahmen, stets gesund gewesen zu sein. Drei Wochen vor seiner Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Göttingen hatte er zuerst eine Anschwellung im Halse gespürt, wie wenn ein fremder Körper sich dort befände. Der gleich zu Rathe gezogene Arzt hatte das Leiden Anfangs für einen Abscess gehalten, bald aber in Folge der Nutzlosigkeit der eingeschlagenen Behandlung den bösartigen Charakter der Geschwulst erkannt. So war Patient am 5. Mai 1869 auf die chirurgische Klinik gekommen.

Die Geschwulst hatte inzwischen zugenommen, ohne jedoch dem Kranken Schmerzen oder andere Unannehmlichkeiten zu bereiten, als das Gefühl eines fremden Körpers und geringe Behinderung des Schluckens. Die Sprache hatte sich nicht verändert.

Die Untersuchung ergab Folgendes:

„Ging man mit dem Finger an die hintere Wand des Velum, so fühlte man eine ziemlich harte, feste rauhe Geschwulst von der Grösse einer Haselnuss, die an der rechten Seite des Velum sass und sich von dort auf die rechte Seitenwand des Pharynx hinüber zog. Bei Druck zeigte sie sich kaum schmerzhaft. Die vordere Wand des Velum, welches, namentlich rechts, etwas herab gedrängt war, zeigte sich ge-

röthet. Die Uvula nach links gedrängt, war etwas geschwollen. Eine Drüsenschwellung war nicht vorhanden.

Die Diagnose wurde auf Carcinoma veli palatini gestellt.

Von der Exstirpation wurde, da man befürchtete, durch dieselbe etwa eine gefährliche Blutung herbeizuführen, Abstand genommen, und beschlossen, die Geschwulst zweimal täglich mit Chlorzink zu ätzen. Zugleich wurde roborirende Diät verordnet.

In den ersten Tagen verursachte das Aetzen keinerlei Beschwerden. Bald aber klagte Patient jedesmal über heftiges Brennen im Hals, das sich erst nach einer Stunde allmählig verliere. Das sonstige Befinden war gut. Patient konnte noch seinen Beschäftigungen wie früher nachgehen.

Diess die Beobachtungen Wilkens in den ersten vierzehn Tagen. In den beiden darauffolgenden Wochen hatte derselbe keine Gelegenheit, den Kranken zu beobachten. Als er ihn am 1. Juni wieder sah, war Patient magerer geworden und klagte über Mattigkeit und Schwäche. Der Appetit war vermindert, die Haut gelb und welk, und stets feucht. Die Stimme klang näselnd, festere Speisen konnte der Kranke nur mit Mühe schlucken. Die Geschwulst war stark gewachsen und hatte sich auf die linke Seite ausgebreitet. Drüsenanschwellung war nicht vorhanden. Da der Kranke Fieber hatte, wurde Chinin gegeben. Da das Fieber nach dem Aetzen jedesmal stieg, so wurde nur mehr einmal täglich geätzt, worauf sich Patient bald bedeutend leichter fühlte. Die Geschwulst wuchs sehr schnell weiter und drängte das Velum so sehr nach unten, dass es mit dem harten Gaumen fast einen rechten Winkel bildete. Schmerzen hatte der Kranke keine, ausser, die ihm das Aetzen bereitete. Gegen Mitte Juni entstand, wohl in Folge des Aetzens, Oedem; Schlucken und Athmen wurden bedeutend erschwert. Daher wurde nun statt mit Chlorzink, mit Liquor ferri sesquichlorati geätzt, wovon der Kranke durchaus keine Beschwerden hatte.

Wegen zunehmender Schwäche wurde ferrum carbonicum saccharatum verordnet. Die Aetzungen wurden wieder zweimal täglich vorgenommen. Der Athem des Kranken hatte seit einigen Tagen starken Geruch, und auf der vorderen Fläche des Velum zeigten sich Granulationen. Daher viermal täglich Gurgelungen mit Chlorwasser, worauf der Geruch verschwand. Eingetretener Durchfall wurde mit Opium zwar bald gestillt, doch hatten die Kräfte des Patienten sehr abgenommen. Derselbe musste zu Bette liegen. — Puls war schnell, klein, hart. Nach 8 Tagen war Patient so gebessert, dass er wieder umhergehen konnte.

Eine um diese Zeit vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes:

„Das Velum ist von dem Krebs fast ganz zerstört und zerklüftet. Rechts hängt ein starker Lappen desselben herunter, dessen unteres Ende mit dem Finger kaum zu erreichen ist. Die Geschwulst ist auf die hintere Pharynxwand übergegangen und ebenso auf die Schleimhaut des Unterkiefers in der Gegend der beiden rechten hinteren Backzähne, welche von derselben erhoben sind. In den letzten Tagen scheint die Geschwulst in ihrem schnellen Wachsthum einen Stillstand gemacht zu haben. Das Gehör des Kranken hat in der letzten Zeit gelitten."

Auf der rechten Seite ist das Velum mit den anliegenden Theilen verwachsen. Seit längerer Zeit belästigen den Patienten starke Schleimsekretionen. Vom 4. August an traten Benommenheit des Kopfes sowie starke Schmerzen an Hinterhaupt und Nacken bei Bewegung auf.

Nach Applikation eines Senfpflasters zwischen die Schulterblätter, fühlte Patient wieder Erleichterung.

Eine Anschwellung der Lymphdrüsen war nicht vorhanden. „Die Untersuchung eines mit der Scheere aus dem Velum herausgenommenen Stückes zeigte, nach Professor Krause, viele und grosse Papillen, auch Nerven."

Ueber den Ausgang dieses Falles findet sich in der Abhandlung Wilken's, welcher derselben entnommen ist, nichts, da diese herausgegeben wurde, ehe noch der Krankheitsprocess seinen Abschluss gefunden hatte. Einen genaueren, miskroskopischen Beschrieb enthält dieselbe ebenfalls nicht.

Im Folgenden gehe ich nun zur Beschreibung des in München beobachteten Falles über.

Krankengeschichte.

Wolfgang Tratzmüller, 50jähriger Wagnermeister aus Lauingen, kam in sehr heruntergekommenem Zustande gegen Mitte des Monats Oktober 1882 auf die chirurgische Abtheilung des Herrn Professor von Nussbaum.

Herr Dr. Gerblinger, bezirksärztlicher Stellvertreter in Lauingen, in dessen Behandlung sich Patient vorher befand, hatte die Freundlichkeit, mir über den Verlauf der Krankheit bis zur Aufnahme des Patienten in die Klinik zu München, Folgendes mitzutheilen:

„ . . . . Ich behandelte denselben nur ambulant, und, obwohl ich den Kranken wiederholt auf die Gefahr aufmerksam machte, und ihn aufforderte, jeden dritten Tag zur Beobachtung zu erscheinen, so that er es doch nicht. Etwa 6—7 Wochen, bevor ich ihn nach München schickte, kam er zu mir. Rechts und links von der Uvula war ein Geschwür, ähnlich wie syphilitisch, aber die Ränder waren verdickt, callös. Ich hatte sofort Verdacht auf Krebs, aber da die Geschwüre den syphilitischen ähnlich waren, versuchte ich Einreibungscur, aber ohne Erfolg; sie blieben 3 Wochen gleich gross. Dann liess sich der Kranke nicht mehr sehen, bis ich denselben zufällig traf; und wie ich denselben untersuchte, war das ganze Gaumensegel eine krebsig entartete Kugel. Wenn er sich hätte beobachten lassen, hätte ich ihn viel früher nach München geschickt . . . "

Bei seinem Eintritt in's Spital gab Patient an, vor neun Wochen die Bildung eines Knötchens an der hinteren Rachenwand gespürt zu haben, welches schmerzlos weitergewachsen sei und endlich angefangen habe, ihm beim Reden und Schlucken hinderlich zu sein. Weiterhin seien auch manchmal Schmerzen im Ohr und Athmungsbeschwerden aufgetreten.

Bei der Untersuchung zeigte sich das ganze Gaumensegel als feste Geschwulstmasse, welche auch die Uvula und die beiden Gaumenbögen mit umfasste. Zunge und hintere Rachenwand schienen frei. Eine Drüsenschwellung war nicht vorhanden.

Da am Praeputium sich eine Narbe entdecken liess, wurde vorläufig eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet, obwohl Patient nicht zugab, jemals angesteckt gewesen zu sein, oder an Exanthem oder Blennorrhoe etc. gelitten zu haben.

Ung. ciner. 2,0 zum Einreiben. Kali. jodat. 5,0 : 150,0 innerlich. Kali. chloric. 15,0 : 500,0 als Mundwasser.

16. X. 82. Temperatur Morgens 38,0 — Abends 39,0. Patient fühlt erhebliche Erleichterung im Schlucken.

17. X. Temp. Morg. 38,2 — Abds. 38,9.

18. X. Temp. Morg. 38,0 — Abds. 39,7. Es stellt sich ziemlich heftiges Erbrechen, sowie Unterleibsschmerz ein. Stuhlverstopfung.

19. X. Temp. Morg. 38,0 — Abds. 38,4 Fortgesetztes Erbrechen.

20. X. Temp. Morg. 38,2 — Abds. 40,0. Das Erbrechen hat aufgehört, gegen die Constipation wird ein Electuarium lenitivum gereicht.

21. X. Temp. Morg. 39,1 — Abds. 39,8. Luesbehandlung cessirt.

22. X. Temp. Morg. 38,2 — Abds. 39,3. Im Gesicht erscheint Erysipelas bullosum. Geringes Erbrechen

23. X. Temp. Morg. 38,6 — Abds. 39,2.

24. X. Temp. Morg. 39,0 — Abds. 39,1.

25. X. Temp. Morg. 38,5 — Abds. 39,0. Patient klagt über Schwerathmigkeit. Von Neuem fortdauerndes Erbrechen Die Erysipelblasen haben sich geöffnet. Der Puls ist etwas unregelmässig.

26. X. Temp. Morg. 38,0 — Abds. 38,5.

27. X. Temp. Morg. 37,8 — Abds. 39,6. Puls klein, wenig Erbrechen.

28. X. Puls besser. Das Erysipel blasst ab.

29. X. Es stellen sich Schmerzen an der rechten Halsseite ein. ausgedehnte entzündliche Infiltration, Phlegmore.

30. X. Temp. Morg. 38.2 — Abds. 38,3.

31. X. Temp. Morg. 37,5 — Abds. 39,2. Stets zunehmende Schwerathmigkeit Wegen Ausbreitung der Phlegmone wird unter Narkose incidirt und drainagirt.

Am 1. XI. stirbt Patient an Erstickung.

Bei der am 2. November im pathologischen Institut vorgenommenen Section ergab sich folgender

Befund:

Ziemlich stark abgemagerte Leiche mit blasser Haut. Mässige Todtenstarre, wenig Todtenflecke. Muskeln und Knochen nicht besonders kräftig. An der Stirn oberhalb der Nasenwurzel und an beiden Wangen finden sich ausgedehnte, ekzematöse, geschwürige Hautpartien, die mit trockenen, hellbraunen, von vertrocknetem Blut durchsetzten, Krusten bedeckt sind. Die Gesichtshaut ist überhaupt trocken, vielfach abschilfernd. Sichtbare Schleimhäute blass. An der Spitze des rechten unteren Halsdreieckes findet sich eine erbsengrosse kreisrunde Hautwunde mit glatten Rändern, aus welcher sich auf Druck röthlich gelbe Schmiere entleert.

Brustkorb kurz, breit, tief. Abdomen und Epigastrium stark eingesunken.

Die Gegend unterhalb und besonders rechts unterhalb

des Kinnes ist in etwa handtellergrosser Ausdehnung flach vorgewölbt und fühlt sich härtlich an.

Am Frenulum undeutliche Narbe, unter derselben eine kleine mit Flüssigkeit gefüllte Cyste.

Rechter Nervus vagus in der Höhe des Zungengrundes von Eiter umspült, in seiner Bindegewebsscheide verdickt.

Schädeldecke blass, Knochen mürb, Schädeldecke mit der dura verwachsen, dura an der Innenseite mit der Pia innig verwachsen. Rechts und links von der Scheitelhöhe die weichen Hirnhäute strotzend gefüllt, zumal in den kleinen Gefässen, leicht getrübt. Gefässe an der Basis normal.

Brustmuskeln blass, schlaff. Zwerchfellstand rechts: IV Intercostalraum. Links: Unterer Rand der V Rippe.

Lungen normal gelagert. In der linken Pleurahöhle einige Tropfen röthlichen Serum's.

In der Trachea spärlich gelblicher Schleim, dagegen reichlicher Schleim in ihren grösseren Abzweigungen, deren manche fast vollständig hievon verstopft scheinen.

Der Befund in den Bronchien beiderseits gleich.

Die ganze Thyreoidea ist eitrig infiltrirt. In dieser Gegend einige Arterien linkerseits thrombosirt.

Rechte Lunge allseitig innig verwachsen, zumal an der Spitze und rückwärts, gleichmässig von interstitiellen und peribronchitischen Herden mit cirrhotischem Zwischengewebe durchsetzt. Im Unterlappen einige lobuläre Herde bis welschnussgross in rother Hepatisation. Im Uebrigen ganze Lunge anaemisch.

Linke Lunge nirgends verwachsen. Oberlappen zum grossen Theil lufthaltig, trocken. Drei bis vier kirschgrosse cirrhotische, peribronchitische, zerstreute Herde.

Unterlappen: Ebenfalls einige Herde durchfühlbar, aber höchstens bis bohnengross. Die rückwärts gelegenen zwei Drittel sind stark hypostatisch, luftleer, und entleeren Eiter

aus dem Querschnitt der im Beginne der rothen Hepatisation befindlichen Gewebe.

Im Herzbeutel einige Tropfen klaren Serum's. Viel Epicardialfett. Sehnenflecke rechts vorne und rechts hinten. Alle Herzhöhlen schlaff, mässig gefüllt, in allen speckige Gerinnsel und Cruor.

Rechter Ventrikel etwas erweitert, Muskel gelbbraun. Linker Ventrikel normal. Klappen ebenfalls normal.

Rechter Ventrikel: Höhe 9,6.
Pulmonalumfang 7,5.
Ventrikeldicke 0,4.
Linker Ventrikel: Höhe 8,6.
Aortenumfang 7,6.
Ventrikeldicke 1,4.

An der Art. fem. dext. unmittelbar über der Abgangsstelle der Art. profund. fem. eine Verdickung der Wandung von ungefähr 2mm. Die Verdickung ist derb, gelbweiss. Unterhalb der Theilungsstelle finden sich ringförmige Kalkplatten in der Wand.

In der Aorta abdominal. nur an einer Stelle erbsengrosse Kalkplatten.

Netz fettarm. Grosses Netz mit linker Rippeninsertionsstelle des Zwerchfells verwachsen.

Die Milz zeigt bohnengrosse gelbliche Verdickungen der Kapsel.

Die Leber ragt drei Finger breit über den Rippenbogen vor. Sie ist von normaler Grösse. Auf dem rechten Lappen tiefe Rippeneindrücke. Das Gewebe schneidet sich derb. Acinöse Zeichnung sehr deutlich. Grundfarbe dunkel.

In der Gallenblase ausser einem Esslöffel goldgelber Galle ein ziemlich grosser marmorirter gelbbrauner Stein.

Im Magen rothgelbe Flüssigkeit, Magenschleimhaut schiefrig, Duodenum gallig gefärbt mit schleimigem Inhalt.

Eben solcher im Jejunum, Ileum ziemlich leer. Im Coecum und Colon breiartiger, hellgelber Inhalt.

Die linke Niere zeigt eine starke Fettkapsel, Grösse normal, Capsula fibrosa glatt abziehbar. Blutgehalt ziemlich reichlich. Rechte Niere ebenso. In der Harnblase wenig sedimentreicher Harn.

Die subcutanen Drüsen in der rechten Seite des Halses, ebenso die in der Mittellinie gelegenen, sowie die in der Schlüsselbeingegend liegenden Muskeln, sind von gelbem Eiter durchsetzt und theilweise eitrig geschmolzen. Auch in der Mund- und Rachenhöhle findet sich gelblicher Eiter. Die seitlichen retrosternal. Drüsen und Muskeln bis zur hinteren Gegend des Schlüsselbein's erscheinen ebenfalls eitrig infiltrirt.

An der vorderen Seite des weichen Gaumens, und zwar besonders in der Gegend des Segels, weiter am hinteren Gaumensegel rechts, und am ausgedehntesten an dessen Rückseite, ferner an der Rückseite des weichen Gaumens, finden sich breit aufliegende, theils beerenartig, theils warzig aufsitzende Geschwülste, welche das Schleimhautniveau bis 1 ctm. Höhe überragen. Dieselben sind derb, besitzen theilweise eine feine, weisse radiäre Streifung an der Peripherie.

Die Oberfläche ist zum Theil geschwürig zerfallen.

Der Rachen und der Kehlkopfeingang sind bedeckt mit gelblichem Eiter, ebenso die Stimmbänder fast vollständig durch solchen verschlossen. Kehlkopfeingang anaemisch, stark oedematös.

Der an der rechten Halsseite befindliche Wundkanal führt in einem 5 ctm langen, schräg nach oben und innen zu verlaufenden, fingerdicken Gang, welcher überall mit dickem schleimig fetzigen Eiter enthaltenden Fibrin von gelblicher Farbe gefüllt ist. An der Rückseite ist der Eitergang belegt mit papillären, unregelmässigen, bis erbsengrossen Geschwülsten von hellrothgelblichem Ansehen. Eine Seitenabzweigung des oberen Endes des Ganges führt medianwärts gegen die rechte

Seite des Zungengrundes zu, und ist hier der Eiter theils frei mit Fibrin vermischt im Wundkanal, theils ist die Muskulatur selbst eitrig infiltrirt.

In verschiedener Weite, theilweise für eine 2mm dicke Sonde kaum durchgängig führt der Kanal quer unter dem Zungengrund nach der linken Seite des letzteren und gegen die linke Hälfte des weichen Gaumens nach aufwärts.

Beide Tonsillen zeigen zahlreiche, tiefe Narben.

Anatomische Diagnose.

Carcinom des weichen Gaumens, der Halslymphdrüsen mit eitriger Schmelzung derselben und eitriger Infiltration der vorderen Hals- und rechtsseitigen Nackenmuskeln. Oedem des Rachens, des Kehlkopfes, der Glottis. Peribronchitis und Cirrhose in beiden Lungen. Verwachsung des grossen Netzes mit der Milzkapsel. Gallenstein.

Mikroskopischer Befund.

Der epitheliale Ueberzug der Uvula zeigt sich an senkrecht auf dieselbe geführten, mit Haematoxylin gefärbten Schnitten in bedeutender Wucherung, und zwar in Form senkrecht in die Tiefe dringender Schläuche und Zapfen, zwischen denen sich vielfach alveolär angeordnete Nester von epithelialen Zellen finden. Diese schlauch- oder zapfenförmigen Züge sind zum grossen Theil zusammengesetzt aus Epithelien von normaler Grösse mit deutlich tingirbarem, normal grossen, rundlichen, oder ovalen Kern.

Eine grosse Anzahl von dazwischen eingelagerten Zapfen und Nestern aber zeigt bedeutend gequollene Epithelien, welche etwa doppelt oder dreifach so gross sind als die normalen, ein homogenes, sehr blasses Protoplasma besitzen und einen auf das Doppelte oder Dreifache vergrösserten, meist nur schwach oder fast gar nicht tingirten Kern.

Vielfach findet sich Kerntheilung.

An einzelnen Stellen finden sich undeutlich und nicht ganz regelmässig, zwiebelschaalenförmig geschichtete Krebsperlen.

An der Basis der in die Tiefe gedrungenen Zapfen zeigt sich an mehreren Stellen kleinzelliges Infiltrat.

Wenn wir die Ergebnisse der makroskopischen und mikroskopischen Untersuchung kurz noch einmal zusammenfassen, so können wir sagen:

Es handelt sich in dem vorliegenden Falle um ein Carcinom und zwar ein Epithelialcarcinom des weichen Gaumens, das in der Schleimhaut des letzteren primär sich entwickelte, im weiteren Verlaufe auf die Lymphdrüsen des Halses übergriff und nach etwa zwölfwöchentlicher Dauer den Tod des Patienten durch Erstickung herbei führte.

Dass wir einen Plattenepithelkrebs vor uns haben, beweist hinlänglich das charakteristische Bild, welches die Geschwulst unter dem Mikroskop bietet — dass dieselbe von der Schleimhaut des weichen Gaumens ihren Ausgang genommen, dass also die carcinomatösen Entartungen der Halslymphdrüsen etc. secundäre Erscheinungen sind, das geht mit Bestimmtheit aus der Anamnese und dem ganzen klinischen Verlaufe des ganzen Falles hervor.

Wie schon oben erwähnt ist es gerade bei Neubildungen des weichen Gaumens oft nicht leicht, eine sichere Diagnose zu stellen — denn abgesehen von den bereits angeführten Schwierigkeiten: dass die Fälle oft sehr spät erst zur Behandlung kommen, dass die Geschwulst an einer der Beobachtung sich entziehenden Stelle ihren Ursprung nehmen kann, kommt noch ein anderer Umstand in Betracht, der die Diagnose wesentlich erschweren kann.

Bei Carcinomen in der Mundhöhle tritt nemlich meist besonders rasch necrotischer Zerfall ein, es kommt also der sonst differenziell-diagnostisch werthvolle Umstand, dass bei Krebsgeschwüren im Grunde und an den Rändern Geschwulst-

reste in Form von Knoten und papillösen Wucherungen sich finden, hier nicht in Betracht, da durch die beständige Berührung mit zersetzenden Secreten ein rascher und beständiger, geschwüriger Zerfall herbeigeführt und unterhalten wird.

„Das Geschwür präsentirt sich dann wie ein nicht carcinomatöses Geschwür mit verhärteten Grunde und selbst ein Durchschnitt vermag nicht immer den Entscheid zu bringen, ob Krebszellennester noch im Gewebe vorhanden sind — in diesem Falle muss das Mikroskop entscheiden." (Ziegler.)

Was hier Ziegler als besonders häufig bei Darmkrebs vorkommend erwähnt, kann man wohl auch auf den Krebs der Mundhöhle anwenden.

So ist es also leicht möglich, dass ein Krebsgeschwür des weichen Gaumens mit tuberculösem oder besonders syphilitischem Ulcus verwechselt wird — um so leichter, als ja gerade der weiche Gaumen höchst selten den Ausgangspunkt carcinomatöser Wucherungen bildet, während tuberkulöse und vor allen anderen syphilitische Geschwüre desselben häufiger beobachtet werden.

In solchen zweifelhaften Fällen wäre es gewiss von grossem Werthe ein Stück der fraglichen Neubildung herauszunehmen, um dann auf Grund genauer mikroskopischer Untersuchung eine Diagnose mit Sicherheit stellen, und gestützt auf diese, eine geeignete Behandlung einleiten zu können. —

Was die Aetiologie der Geschwulst im vorliegenden Falle anlangt, so möchte ich hier nur die Worte anführen, mit denen Ziegler das Kapitel über „Aetiologie der Geschwülste" in seinem Lehrbuche der pathologischen Anatomie beginnt:

„Unsere Kenntnisse über die Aetiologie der Geschwülste sind zur Zeit noch sehr mangelhaft. Was wir darüber an-

geben können, ist im Grossen und Ganzen hypothetischer Natur."

In unserem speziellen Fall ergab die Anamnese keinerlei Momente, die für die Aetiologie von Werth sein könnten.

Was endlich die Therapie bei Carcinom des weichen Gaumens betrifft, so kann wohl nur möglichst frühzeitige Exstirpation empfohlen werden. Ist diese nicht möglich, so wird man bestrebt sein müssen, durch Roborantien den Kräfteverfall aufzuhalten, und unter Umständen durch schmerzstillende Mittel den Zustand des Kranken einigermassen zu erleichtern.

Die Prognose ist im höchsten Grade ungünstig, da selbst nach frühzeitig vorgenommener Operation meist Recidive eintreten. Fälle, in denen dauernde Heilung erzielt wurde, sind äusserst selten.

Literatur.

Koenig, Lehrbuch der speziellen Chirurgie.

Lueke (Pitha u. Billroth), Die Lehre von den Geschwülsten in anatomischer und klinischer Beziehung.

Förster, Lehrbuch der pathologischen Anatomie.

Ziegler, Lehrbuch der pathologischen Anatomie.

Birch-Hirschfeld, Lehrbuch der pathologischen Anatomie.

Bardeleben, Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre.

Köhler, Die Krebs- und Scheinkrebskrankheiten des Menschen.

Virchow-Hirsch, Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin.

Heitzmann, Lehrbuch der Chirurgie.

Hueter, Handbuch der Chirurgie.

von Nussbaum, Vortrag über Krebs.

Virchow, Aphorismen über Krebs.

Wilken, Inaug.-Dissert. über Krebs des weichen Gaumens nebst einem Bericht über einen selbst beobachteten Fall.